

Cuestionario Provisional de Selección para Recibir la Vacuna Contra la Influenza (antigripal) Intranasal en Spray (FluMist®)

Este año hay bajas existencias de la vacuna antigripal. Es importante que las personas que se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones debido a la gripe reciban la vacuna contra la influenza. Llene este formulario para determinar si usted o su hijo/a deben recibir FluMist® durante esta temporada de gripe (según las normas de MDPH del 27 de octubre de 2004).

La persona que está considerando recibir la vacuna:

	Sí	No
¿Vive con alguien en la categoría de alto riesgo (incluyendo bebés de menos de 6 meses de edad) o le da atención a una persona de alto riesgo, y esta persona:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- tiene entre 5 y 49 años de edad y
- no tiene una enfermedad que aumenta el riesgo de complicaciones de la gripe?

¿Es profesional de la salud o técnico/a de primeros socorros en emergencias médicas, que da atención médica directa a pacientes y:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

- tiene entre 5 y 49 años de edad y
- no tiene una enfermedad que aumenta el riesgo de complicaciones de la gripe?

(Los profesionales de la salud de 50 años de edad o más, o que sufran de alguna enfermedad que los coloque en riesgo de sufrir complicaciones debido a la gripe reúnen las condiciones para recibir la vacuna inactivada contra la influenza (vacuna antigripal).

Si contestó "Sí" a una de estas preguntas, significa que reúne las condiciones para recibir la vacuna contra la influenza intranasal en spray (FluMist) en Massachusetts.

Nombre del paciente, o su padre, madre o tutor: _____

Fecha: ____/____/____